

APLICACIÓN DOMÉSTICA PARA LECHE/COMIDA GRATIS, COMIDAS A PRECIO REDUCIDO Y EBT DE VERANO

COMPLETA UNA SOLICITUD POR HOGAR, POR DISTRITO ESCOLAR

Consulta las instrucciones incluidas con este formulario

Solo uso escolar

☐ Check if Error Prone

PASO 1 **Lista los nombres de todos los miembros del hogar (cualquier persona que viva contigo y comparta ingresos y gastos, incluso si no están relacionados, incluyéndote a ti). Adjunta otra hoja de papel si necesitas espacio para más nombres.**

Miembro del hogar Primero, Segundo Inicial, Último	Si el miembro del hogar es estudiante, incluye el nombre de la escuela y el nivel escolar Nombre de la escuela	Grado	¿Algún miembro del hogar (incluyéndote a ti) participa en SNAP o TANF? NO → Ve a PASO 2 SÍ → Escribe el número de caso y procede a PASO 4 Número de caso SNAP o TANF*	Revisa si Niño en Acogida**
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐

* **Nota sobre Medicaid:** Los números de caso de Medicaid no son aceptados en la solicitud del hogar. Si algún miembro del hogar recibe Medicaid – y no fue certificado directamente para comidas gratis – DEBES proporcionar información de ingresos en la PARTE 3 de esta solicitud.

** Un niño en cuidado temporal es responsabilidad legal de una agencia o tribunal de bienestar.

PASO 2 Sin Hogar, Migrante, Fugitivo o Head Start (Categoricamente Elegible)

Revisa todo lo que aplica:

☐ Sin hogar ☐ Migrante ☐ Fugado ☐ Head Start

Firma de tu Enlace para Personas Sin Hogar, Coordinador de Migrantes o Director de Head Start de tu escuela

Fecha

PASO 3 Ingreso Bruto Total del Hogar (antes de deducciones). Debes decirnos cuánto ingreso se recibe y con qué frecuencia.

Lista a todos los miembros del hogar del PASO 1 (incluyéndote a ti) que reciben ingresos. Para cada fuente de ingresos, reporta el monto total del ingreso bruto (antes de impuestos y deducciones) en dólares completos (sin centavos) y dinos con qué frecuencia se recibe el ingreso: *cada semana, cada 2 semanas, cada mes, dos veces al mes, anualmente, etc.*

Nombre del miembro del hogar que recibe ingresos	Ganancias por trabajo (Antes de las deducciones)	Asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia	Pensiones, Jubilación, Seguridad Social	Todos los demás ingresos (Compensación de Trabajadores, SSI, Desempleo, etc.)
	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____
	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____
	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____
	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____
	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Monto _____ ¿Con qué frecuencia? _____

PASO 4 Firma y número de seguro social (el adulto debe firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Paso 3, el adulto que firma el formulario también debe listar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla si no tiene un número de seguro social.

Número de Seguro Social: X X X - X X - _____ ☐ ☐ No tengo número de seguro social

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos se reportan. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que dé. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que, si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de comida y podría ser procesado.

Nombre impreso del miembro adulto del hogar

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha

PASO 5 Información de contacto (opcional)Número telefónico del trabajo
(incluye código de área)Número telefónico de casa
(incluyendo código de área)

Dirección de casa (número, calle, ciudad, estado, código postal)

PASO 6 Identidades Étnicas y Raciales Infantiles (opcional)

Marca una identidad étnica:

- ☐ Hispano/Latino
☐ No hispano/latino

Marca una o más identidades raciales:

- ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Hawaiano nativo u otros isleños del Pacífico
☐ Blanco

ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO ESCOLAR**INITIAL DETERMINATION**

TOTAL INCOME \$ _____ NUMBER IN HOUSEHOLD: _____ CHANGE IN STATUS: _____

Per: Week Every 2 Weeks 2x per Month Month Year DATE: _____

ANNUAL INCOME CONVERSION:

LEAs must annualize income ONLY when multiple incomes at varying frequencies are reported.

Weekly	Every 2 Weeks	2x per Month	Once a Month
\$ _____ x 52 = \$ _____	\$ _____ x 26 = \$ _____	\$ _____ x 24 = \$ _____	\$ _____ x 12 = \$ _____

Total Annual Income \$ _____

☐ FREE

Based On:

- ☐ Homeless ☐ SNAP or TANF
☐ Migrant ☐ Foster Child
☐ Runaway ☐ Household
☐ Head Start Income

☐ REDUCED

Based On:

- ☐ Household Income

☐ DENIED

Reason:

- ☐ Income too high
☐ Incomplete Application
☐ Non-Qualifying SNAP/TANF

☐ VERIFICATION

(as applicable)

- ☐ Verification Sample
☐ Verified for Cause

Date Withdrawn _____

Signature of Determining Official

Date

Signature of Confirming Official

Date

Signature of Verifying Official

Date

Print

Reset Form